



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีคัดกรองการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19
(Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) เชิงรุกในสถานประกอบการ

ด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ที่มีการระบาดใหม่อย่างรวดเร็ว ดังนั้น เพื่อเป็นการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ให้มีการจำกัดอยู่ในพื้นที่ไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดในวงกว้าง อันจะส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศทั้งทางตรงและทางอ้อม ตลอดจนสุขภาพของประชาชนทั่วประเทศ คณะกรรมการการแพทย์ ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม จึงได้กำหนดหลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีคัดกรองการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ให้ผู้ประกันตนได้รับบริการทางการแพทย์เชิงรุก (Active case finding) เพื่อการค้นหาผู้ประกันตนที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ในสถานประกอบการ

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๕ (๒) และมาตรา ๖๓ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๘ คณะกรรมการการแพทย์ โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคม จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ ถึงวันที่ ๓๑ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

ข้อ ๒ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ สำนักงานประกันสังคมจังหวัด สำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขา ซึ่งตั้งอยู่ในจังหวัดที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดให้มีการตรวจคัดกรองการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ในสถานประกอบการ

“สถานพยาบาล” หมายความว่า สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลที่ได้รับการอนุญาตให้ดำเนินการตรวจคัดกรองการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 จากคณะกรรมการโรคติดต่อกรุงเทพมหานคร หรือคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด

“สถานประกอบการ” หมายความว่า สถานประกอบการที่ตั้งอยู่ในจังหวัดที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการโรคติดต่อกรุงเทพมหานคร หรือคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด ให้ได้รับการตรวจคัดกรองการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19

“การตรวจคัดกรองการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19” หมายความว่า การตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ด้วยเทคนิค Real time Reverse Transcription Polymerase Chain Reaction (Real time RT- PCR) ที่คณะกรรมการโรคติดต่อกรุงเทพมหานคร หรือคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด กำหนด เพื่อตรวจค้นหาผู้ประกันตนที่อาจติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ในสถานประกอบการ ซึ่งต้องไม่ได้เป็นผู้รับสิทธิจากหน่วยงานภาครัฐอื่น หรือต้องไม่เคยได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ในช่วงระยะเวลาตามที่กำหนดในประกาศฉบับนี้ ด้วยเหตุตามเกณฑ์กลุ่มเสี่ยง ตามที่กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข กำหนด หรือการตรวจคัดกรองก่อนทำหัตถการ ตามที่กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กำหนด หรือแพทย์ผู้ตรวจรักษา ประเมินว่ามีความจำเป็นตามดุลยพินิจของแพทย์

ข้อ ๓ ให้สำนักงานประกันสังคมพิจารณากำหนดจังหวัดและจัดสรรจำนวนผู้ประกันตนที่จะได้รับการตรวจคัดกรองการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ในสถานประกอบการ ในจังหวัดที่เป็นพื้นที่ควบคุมสูงสุดตามข้อกำหนดออกตามความในมาตรา ๙ แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๔๘ (ฉบับที่ ๒๐) ลงวันที่ ๑๖ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๔ หรือจังหวัดที่เป็นรอยต่อของจังหวัดที่เป็นพื้นที่ควบคุมสูงสุด เพื่อให้สำนักงานขอความเห็นชอบการตรวจคัดกรองในสถานประกอบการจากคณะกรรมการโรคติดต่อกรุงเทพมหานคร หรือคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด

ข้อ ๔ ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เป็นค่าตรวจคัดกรองการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 และค่าบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการแก่สถานพยาบาล ดังนี้

๔.๑ การตรวจยืนยันการติดเชื้อด้วยวิธี RT – PCR โดยการทำป้ายหลังโพรงจมูกและลำคอ (nasopharyngeal and throat swab sample) ดังนี้

๑) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ ๑,๖๐๐ บาท

๒) ค่าบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริการตรวจห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ เหม่าจ่ายในอัตราครั้งละ ๖๐๐ บาท

๔.๒ การตรวจยืนยันการติดเชื้อด้วยวิธี RT – PCR โดยการทำแบบรวมตัวอย่าง (Pooled Sample) ซึ่งเป็นตัวอย่างน้ำลายแบบรวมตัวอย่าง (Pooled saliva samples) ไม่เกิน ๕ รายต่อ ๑ กลุ่ม โดยหากพบผลตรวจเป็นบวก (SARS-CoV-2 Detected) หน่วยบริการต้องตรวจยืนยันการติดเชื้ออีกครั้งตามมาตรฐานที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์กำหนด ดังนี้

๑) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินตัวอย่างละ ๓๒๐ บาท

๒) ค่าบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริการตรวจห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ เหม่าจ่ายในอัตราตัวอย่างละ ๑๐๐ บาท

๔.๓ การตรวจยืนยันการติดเชื้อ กรณีตรวจแบบ Pooled Sample พบผลตรวจเป็นบวก ดังนี้

๑) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ ด้วยวิธี RT-PCR จาก saliva samples หรือ nasopharyngeal and throat swab sample ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ ๑,๖๐๐ บาท

๒) ค่าบริการอื่นๆ รวมค่าบริการเก็บส่งตรวจ และค่าบริการทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ เหม่าจ่ายในอัตราครั้งละ ๒๐๐ บาท

ข้อ ๕ ให้สถานพยาบาลจัดส่งข้อมูลค่าบริการทางการแพทย์ตามข้อ ๔ ให้สำนักงานตามรูปแบบที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด และรายงานข้อมูลการดำเนินการตามประกาศนี้ต่อสำนักงานและคณะกรรมการโรคติดต่อกรุงเทพมหานคร หรือคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด

ประกาศ ณ วันที่ ๑ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๔



(ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณเหลือพร ปุณณกันต์)
ประธานกรรมการการแพทย์